

電話診療申込書

フリガナ
氏名 生年月日： 年 月 日(歳)

住所：

電話番号： ()

受診前に必要なもの (☑をつけてこの用紙と一緒に FAX 送信してください)

診察券(当院の受診歴がある方)

健康保険証

医療証(乳幼児・ひとり親・障害者・東京都大気汚染公費など)

お薬手帳(他の医療機関に通院中で服用中または使用中の薬がある方)

処方せんの受け渡し方法 (ご希望の受け渡し方法に☑をつける)

来院して受け取り 自宅に郵送

希望の調剤薬局に FAX

調剤薬局名

電話番号： () FAX 番号： ()

お会計

当院指定口座へお振り込みをお願いいたします

金融機関名 :東日本銀行

支店名 :西新井支店

口座番号 :普通 462836

口座名義人 :山一ビル内科クリニック有野亨 (ヤマイチビル内科クリニック有野亨)

【留意事項】

- ・電話での診療の結果、医師が診断や処方を行うことが困難であると判断した場合は対面診療へ切り替えや適切な医療機関への受診をご案内する場合がございます。
- ・お薬の処方日数は、原則として7日間を上限といたします。
- ・特に安全管理が必要な医薬品(麻薬・向精神薬・抗がん剤・免疫抑制剤などは処方できません。
- ・生活保護を受給中の方は、受診前に担当福祉事務所への受給資格確認をさせていただきます。
- ・診療代のお支払いは、診療日から一週間以内に当院指定口座へのお振込みをお願いいたします。またお振込みに伴う手数料は患者様のご負担となります。
- ・処方せんの受け取り方法でご自宅への郵送・調剤薬局への FAX 送信を希望された場合、お薬の受け渡しや服薬指導などの取り扱いについては直接調剤薬局にお問い合わせください。
- ・虚偽の申告による受診が発覚または疑われる場合は、関係各所の指導に基づいて届出を行い法的手続きを検討いたします。

同意書

上記の内容を理解し、電話を用いた診療を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

本人署名 _____

代筆者署名 _____ (続柄：)